

④健康診断書(ホーム入居用)

氏名			生年月日	T・S	年	月	日	検診日	令和	年	月	日	
			性別	男 ・ 女			年齢	歳					
業務歴			血圧(mmHg)	/				血液型					
			貧血検査	血液色素(g/dl)									
現病歴				肝機能検査	赤血球数(万/mm ³)								
			GOT(IU/ℓ)										
			GPT(IU/ℓ)										
既往歴			血中脂質検査	γ-GTP(IU/ℓ)									
				総コレステロール(mg/dl)									
				トリグリセライド(mg/dl)									
内服			尿検査	糖	-	±	+	2+	3+				
				蛋白	-	±	+	2+	3+				
自覚症状			心電図検査	正常範囲 ・ 異常あり ()									
他覚症状			その他の検査	・梅毒反応 陰性 ・ 陽性 ・HBV B型肝炎 陰性 ・ 陽性 ・HCV C型肝炎 陰性 ・ 陽性 ・MRSA 陰性 ・ 陽性 部位 () ・疥癬 陰性 ・ 陽性 ・結核 陰性 ・ 陽性									
身長(cm)	cm												
体重(kg)	kg												
視力	右	()											
	左	()											
色覚													
聴力	右	1000Hz	1. 所見なし 2. 所見あり	医師の指示 及び注意事項									
		4000Hz	1. 所見なし 2. 所見あり										
	左	1000Hz	1. 所見なし 2. 所見あり										
		4000Hz	1. 所見なし 2. 所見あり										
胸部X線検査	直接撮影		健康診断を 実施した医師 の住所・氏名 連絡先	令和 年 月 日 医療機関所在地 名称 電話番号 医師氏名 印									
	No.												
備考	※検査実施から3カ月以内でお願いします。												